

Die Geschichte der Erstellung der »S3 Leitlinien Demenzen« ist, wie die Autorin Dorothea Muthesius beschreibt, ein langwieriges Anliegen geworden – gerade in Bezug auf die Musiktherapie. Dorothea Muthesius hat als Mitglied der Konsensusgruppe hartnäckig nachgefragt und darauf insistiert, dass Fehler in der ersten Fassung von 2016 (online abrufbar) in der Buchfassung 2017 geändert und richtiggestellt wurden. Im folgenden Text geht die Autorin auf diesen Prozess ein und stellt dar, was in der Buchfassung richtiggestellt wurde. Letztlich können sich Musiktherapeut.innen darauf berufen. red.

Dorothea Muthesius

## S3 Leitlinien Demenzen und die darin abgebildete Musiktherapie

Diagnose und Behandlung nach Leitlinien? Das klingt gut. Es vermittelt den Anspruch, weg von individueller (Un)Fähigkeit und (vielleicht zu) subjektiver Zugewandtheit des Arztes oder Therapeuten hin zu einer objektiveren Entscheidungsgrundlage zu gelangen, die auch den Patienten notfalls Möglichkeiten gibt, Fehlbehandlungen systematischer zu beklagen. In der S3 LL Demenzen wird Musiktherapie jetzt *empfohlen*. Und dies verspricht – hoffnungsvoll interpretiert – mehr Musiktherapie für Menschen mit Demenz.

Es gibt inzwischen ca. 750 Leitlinien für etwa ebenso viele Krankheitsbilder bzw. Symptomatiken; ca. 170 davon S3 Leitlinien. Sie werden von der AWMF e.V. verwaltet und sind in deren website ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)) abrufbar. »S3« ist die am höchsten standardisierte Leitlinie. Die Selbstdefinition der AWMF in ihrer website lautet: »In der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) sind 178 wissenschaftliche Fachgesellschaften (+ 3 assoziierte) aus allen Bereichen der Medizin zusammengeschlossen. Die AWMF vertritt Deutschland im Council for International Organizations of Medical Sciences CIOMS.«

Was sind Leitlinien?

Die Leitlinienerstellung obliegt den Fachgesellschaften – im Falle der Demenzen sind das die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Für die Bearbeitung wurden 23 andere Fachgesellschaften, darunter neun

nicht-medizinische, inclusive der Deutschen musiktherapeutischen Gesellschaft, in eine Konsensusgruppe gebeten.

Für die Leitlinienerstellung werden Forschungsergebnisse ausgewertet, bevorzugt sogenannte RCT-Studien<sup>1</sup>, die den höchsten wissenschaftlichen Standard garantieren sollen. In diesem Vorgehen stecken viele für die Bewertung von Musiktherapie bzw. generell für nicht-medizinische Ansätze problematische theoretische und praktische Voraussetzungen, wie z. B. hohe Fallzahlen (was für die Kosten von Studien entscheidend ist); vor allem aber die Anforderung der doppelten Verblindung (der Therapeut weiß nicht, dass er therapiert und der Patient weiß nicht, ob er therapiert wird) und die Standardisierung der Behandlung sind ein theoretisches Dilemma. Kehl (2016) hat das sehr ausführlich diskutiert<sup>2</sup>.

Aber auch generelle Problematiken sind hier versteckt.

- Die Leitlinien sind nicht bindend was die Finanzierung der dort herausgearbeiteten Diagnostik und Therapie betrifft. Eine Empfehlung für Musiktherapie führt also nicht zur Kostenübernahme durch Krankenkassen.
- Es sind nur Behandlungen aufgeführt, deren Effekte auch gemessen wurden. Liegt zu etwas keine Studie vor, dann ist es so, als ob es nicht existiere. Werden Effekte nicht gemessen, kann ja auch einfach »nur« die Messmethode falsch gewesen sein.
- Die Bewertung der Studienergebnisse ist eben immer auch eine Bewertung durch Individuen. Ein von mir befragter Gerontopsychiater, Chefarzt, verneinte meine Frage, ob er sich denn nach den LL richte, mit leicht verächtlichem Blick: Er lese die aktuellen Studien lieber selbst und sei dadurch besser informiert.
- Der Evidenzgrad einer Studie ist relativ einfach einzuschätzen: Randomisierung, Verblindung, Fallzahl, .... Die nicht-medizinischen Studien erhalten wegen der o. g. Problematik einen Bonus. Der daraus resultierende Empfehlungsgrad hat mehr Freiheiten (incl. der Dimension »good practice«) – mit allen Vor- und Nachteilen. Die ungute Entscheidung der Leitlinienersteller für die Benennung der drei Ebenen als »A«, »B« und »O« legt dem Leser nahe, die mit »O« empfohlenen Therapien zu unterschätzen. (In der ersten Fassung hieß es A, B und C).
- Der Empfehlungsgrad »A« wurde gar nicht vergeben, bzw. nur im negativen Sinne: bei Therapien, bei denen eindeutig *keine* Effekte nachgewiesen werden konnte, tritt »A« als Hinweis für diese Eindeutigkeit auf. Die Empfehlungsgrade reduzieren sich also auf die Differenz von zwei Graden: »B« und »O«. Das lässt zu wenig Differenzierung zu.

Daraus ergibt sich die Frage, ob die Musiktherapie sich dem aufwendigen Prozess stellen soll, dessen Auswirkungen als so gering einzuschätzen sind. Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) hat sich aus verschiedenen Gründen *dafür* entschieden und sich die Mühe gemacht, Vertreter in viele der Konsensusgruppen zu entsenden. Zwar nicht immer war die DMtG hierbei beteiligt, aber mit Hilfe

### Ist eine Beteiligung der Musiktherapie sinnvoll?

der Suchfunktion auf der AWMF-Seite ist Musiktherapie in immerhin 26 Leitlinien nachzuweisen! So ist das Vorkommen von Musiktherapie in der Landschaft der Gesundheitsversorgung damit sichtbar gemacht. Dennoch bleiben große Lücken der Zufriedenheit darüber.

2016 wurde die erste Überarbeitung der S3 LL Demenzen herausgegeben, die hier nachgelesen werden kann: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013\\_L\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_L_S3-Demenzen-2016-07.pdf).

Die DMtG war sehr irritiert über einige dort veröffentlichte Fehldarstellungen sowie Fehleinschätzungen, die sie bereits vor der Veröffentlichung im regulären Korrekturverfahren angemahnt hatte. Kehl (2016) hat die Problematiken zusammengefasst und insbesondere für eine Übersichtsgraphik einen Vorschlag gemacht. Die »Unterschätzung« der Musiktherapie im Empfehlungsgrad »0« ist dabei nicht angemahnt worden, weil es sich hier um eine Bewertung handelt. Die anderen Fehler sind richtige »Fehler«.

Die relevantesten Fehler waren:

- Die Formulierung der Empfehlung Nr. 77 für Musiktherapie ist falsch: Sie wird auf Alzheimer Demenz »reduziert« – was nicht den Studienergebnissen entspricht
- Die Verwirrung zwischen den Kapiteln 4.4 (Einschätzung von Behandlungsverfahren) und 4.5 (Aufzählung von Effekten bei bestimmten Indikationen/Symptomen) ist ein systematischer Fehler: Die Studienergebnisse erlauben eine Empfehlung für Musiktherapie mit gemessenen positiven Effekten auf »Agitiertheit«, »Angst«, »Wandern« und »Tag-/Nachtrhythmusstörung« und sind in Kap. 4.4 aufgeführt. In Kap. 4.5 werden dann Studien zu therapeutischen Interventionen aufgeführt, die sich z. B. auf »Tag-/Nachtrhythmusstörung« beziehen und dort wird Musiktherapie nicht mehr genannt. Das ist für den Leser sehr verwirrend.
- Das Nicht-Erwähnen von Musiktherapie in zwei zentralen Übersichtsgraphiken ist besonders nachhaltig schädigend, weil die Graphiken als solche einen sehr nützlichen Überblick geben und dementsprechend gern zitiert werden – und in jedem Zitat fehlt dann die Musiktherapie.

Relevante Fehler

Etliche Interventionen der DMtG bei den herausgebenden Fachgesellschaften DGPPN und DGN wie auch bei der AWMF blieben unbeantwortet. Mit der Ausdauer von mehr als einem Jahr gelang es dann aber doch, wenigstens einen der Fehler zu korrigieren: In der Abb. 4.1, (S. 99 in der alten Fassung, die auf der AWMF-website steht) ist nun auch das Wort Musiktherapie inclusive des Empfehlungsgrads »0« zu sehen. Die überarbeitete Fassung steht (noch?) nicht auf der homepage der AWMF. Man kann sie jetzt kaufen, beim Springer-Verlag verlegt, für 26,99 EUR als e-book, für 34,99 EUR als paperback. (DGPPN, DGN 2017)

Warum die neue Fassung nicht auf der website der AWMF verfügbar sein muss, stellt sich hier als Frage.

Zusammen mit dem Text der Empfehlung Nr. 77: »Es gibt Hinweise, dass aktive Musiktherapie günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz hat, insbesondere auf Angst. Musiktherapie kann bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Demenz angeboten werden.« (DGPPN, DGN 2017, 104) kann der Musiktherapeut/die Musiktherapeutin nun die ergänzte Graphik (DGPPN, DGN 2017, Abb. 4.1, 114) nutzen, um – weniger dem ungläubigen Chefarzt, aber doch – dem Verwaltungsleiter einer Einrichtung Entscheidungshilfe zu liefern.

Entscheidungshilfe für die Verwaltung

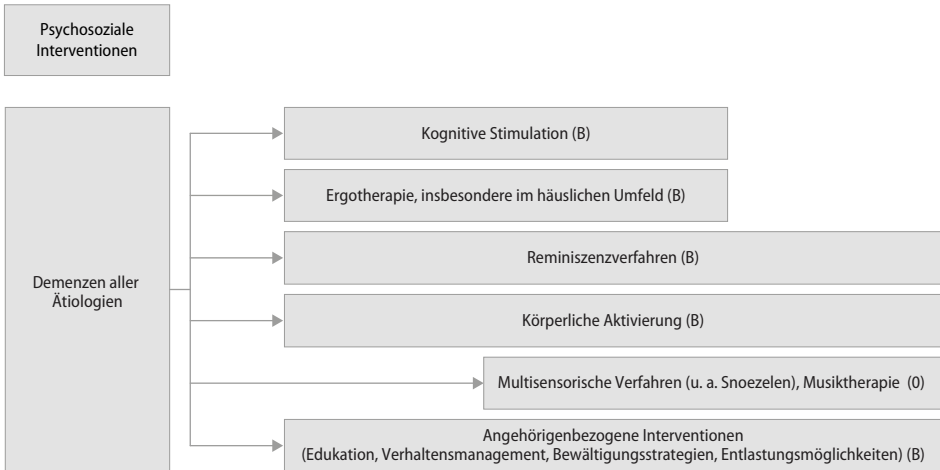


Abb.: Schematische Darstellung der Behandlung von Demenzen mit Empfehlungsgraden (A, B, o)

## Literatur

DGPPN, DGN (Hrsg.) (2017): S 3 – Leitlinien Demenzen, Springer-Verlag Berlin

Kehl, T. (2016): Zur Evidenz von Musiktherapie bei Alzheimer Demenz. In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 37, Heft 3, S. 262–273

1 randomized controlled trial, randomisierte kontrollierte Studie

2 Auch Thomas Hillecke, Marco Warth, Alexander F. Wormit gehen in ihrem Beitrag: Forschungskrise in der Musiktherapie: Auf der Suche nach dem heiligen Gral der Evidenzbasierung oder angemessenen

Forschungsmethoden? In: Musiktherapeutische Umschau 3–2017, 242–255, ganz generell auf die Problematik ein.



Dorothea Muthesius, Berlin  
dorothea.muthesius@berlin.de